

**Direction de l’offre de soins**

**Département soins primaires et urgents**

**Dossier de Candidature**

**Appel à Manifestation d’Intérêt (AMI) pour la région Nouvelle-Aquitaine**

Soutien de projets innovants visant à apporter une offre de soins de premier recours à des territoires confronté à une problématique de désertification médicale (ZIP/ZAC) et notamment à assurer un suivi médecin traitant aux patients qui n’en ont pas actuellement, avec une attention particulière pour les patients en ALD

**Le dossier comporte deux volets :**

* **Volet n°1** : présentation du projet s’inscrivant dans le respect des textes en vigueur (droit commun) ;
* **Volet n° 2** : proposition d’organisation innovante pouvant notamment donner lieu à une expérimentation de type article 51.

**Nom du porteur de projet :**

**Présentation du porteur du projet** (1 seule entité possible)

Nom du porteur (entité juridique) : ……………………………………………………………………

Statut juridique : ………………………………………………………………………………………

N° SIRET ou FINESS : ………………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………

CP - Ville : ……………………………………………………………………………………………..

Statut de la structure :

□ Public : ………………………………………………………………………………………………

□ Privé à but non lucratif : ……………………………………………………………………………

Référent(s) en charge de la coordination du projet :

Nom, prénom : ……………………………………………………………………………………….

Fonction : ……………………………………………………………………………………………..

Téléphone : ………………………………………………………………………………………….

Email : …………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaire(s) Identifié(s) participant au projet** | | | | |
| **Nom du partenaire** | **Entité juridique et/ou statut** | **Périmètre d’intervention** *(professionnels de santé, structures partenaires, établissements, associations…)* | **Coordonnées des contacts** *(nom et prénom, mail, téléphone)* | **Nature du partenariat ou de la participation au projet**  *(moyen humain, logistique, financier, autres à préciser…)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Préciser l’existence de lettre d’engagement/convention de partenariat :*

**VOLET n°1 :** projet conforme au droit commun

**Présentation générale du projet**

**Structuration de l’offre de soins envisagée**

*Type de l’offre envisagée (MSP, CDS, ESP, exercice libéral…) :*

*Créneaux et horaires d’ouvertures :*

*Modalités de prise en charge des patients dont d’accès la fonction de médecin traitant notamment pour les patients en ALD :*

*Moyens humains mobilisés (professionnels de santé et administratifs) pour faire fonctionner cette offre (à décliner par structures si nécessaire) :*

*Modalités de coordination pluriprofessionnelle :*

*Mobilisation de nouvelles pratiques d’exercice coordonné :*

*Modalités de partage d’information y compris avec les autres acteurs du territoire (préciser les outils numériques envisagées) :*

*Autres éléments* :

**Complémentarités avec l’offre existante**

**Présentation de l’organisation innovante permettant de mobiliser des ressources médicales**

**Territoire(s) ciblé(s) pour le développement de l’offre**

|  |
| --- |
|  |
| **Présentation des territoires :** | **N°1** | **N°2** | **N°3 …** |
| **Département** |  |  |  |
| **Territoire concerné** *(CPTS ou EPCI)* |  |  |  |
| **Lieux d’exercice (***code postal - commune)* |  |  |  |
| **Population du bassin de vie** *(nbr d’habitants)* |  |  |  |
| **Nombre de médecins généralistes déjà en exercice au sein du bassin de vie** |  |  |  |
| **Nombre de patient sans médecins traitants dans le bassin de vie** |  |  |  |
| **Part des patients sans médecins traitants du bassin de vie pouvant être pris en charge par l’offre développée** |  |  |  |
| **Nombre de patients en ALD sans médecins traitant dans le bassin de vie** |  |  |  |
| **Part des patients en ALD sans médecins traitants du bassin de vie pouvant être pris en charge par l’offre développée** |  |  |  |
| **Ressource soignante (médicale et paramédicale) mise en place dans le cadre du projet** |  |  |  |

Liens utiles : <https://rezonecpts.ameli.fr/> ; <https://www.insee.fr/fr/information/6676988>

**2 – Mise en œuvre du projet**

**Prérequis au démarrage du projet**

*Existe-t-il des prérequis spécifiques pour lancer ce projet (exemples : identification de locaux, formations médicales/paramédicales nécessaires, système d’information, travaux…) ?*

*Qu’envisagez-vous de faire pour les atteindre, dans quel calendrier ?*

**Calendrier envisagé**

*Planning prévisionnel du projet : distinguer l’ingénierie de projet de la mise en fonctionnement de l’offre de soins.*

**3 – Eléments budgétaires et financiers**

**Modèle économique envisagé pour l’offre de soins**

*Présenter le budget détaillé relatif au fonctionnement de l’offre de soins sur 3 ans :*

*- s’appuyer autant que possible sur le droit commun et veiller à l’équilibre financier*

*- faire notamment apparaitre les co-financements, la subvention sollicitée auprès de l’ARS et la part d’autofinancement*

**Modèle économique de la gestion du projet**

*Présenter le budget détaillé relatif à l’ingénierie et la gestion du projet sur 3 ans (faire notamment apparaitre les co-financements, la subvention sollicitée auprès de l’ARS et la part d’autofinancement)*

**4 – Suivi et évaluation du projet**

**Suivi – gouvernance**

**Indicateurs de suivi et modalités d’évaluation**

*Préciser les indicateurs de moyens et les indicateurs de résultats ainsi que les modes de calcul de ces indicateurs*

**VOLET n°2 :** proposition d’organisation innovante

**Présentation générale du projet**

**Innovation**

*Préciser la liste des innovations donnant lieu à des dérogations réglementaires :*

Nature de l’innovation : …………………………………………………………………………….

Texte règlementaire concerné : …………………………………………………………………..

Type de dérogation : ……………………………………………………………………………….

Nature de l’innovation : ……………………………………………………………………………

Texte règlementaire concerné : ………………………………………………………………….

Type de dérogation : ………………………………………………………………………………

Nature de l’innovation : ……………………………………………………………………………

Texte règlementaire concerné : ………………………………………………………………….

Type de dérogation : ………………………………………………………………………………